

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 11

VALEUR DE LA RÉACTION DE WASSERMANN AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Novembre 1934

PAR

Louis-Joseph-Marie TABURET,

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Crozon (Finistère), le 13 mars 1908.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges</i>
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 11

VALEUR DE LA RÉACTION DE WASSERMANN AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Novembre 1934

PAR

Louis-Joseph-Marie TABURET,

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Crozon (Finistère), le 13 mars 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges</i>
		PIÉCHAUD, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen.....	M. MAURIAC
Assesseur.....	M. GUYOT
Doyen honoraire.....	M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH

RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPÉRIE	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacutique.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABBAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX
Chimie.....	RÉCROU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Botanique et matière médicale.....	CHÉLLE.		
Pharmacie.....	GOISE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBÉCO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
		Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie.....	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	PIECHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.
	DE GRAILLY		
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE	Ophthalmologie.....	CABANNES (en congé)
Médecine opératoire.....	PAPIN	Puericulture.....	FAUGERE.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	VITTE
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			MM. N..

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

*Hommage d'affection pro-
fonde et de respectueuse re-
connaissance.*

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A L'INSTIGATEUR DE CETTE THESE

LE DOCTEUR MAHON

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

*Que nous prions de bien
vouloir trouver ici, l'expres-
sion de notre gratitude.*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Que nous remercions de
l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant de présider cette
thèse.*

INTRODUCTION

En abordant cette question : valeur du Wassermann au cours de la puerpéralité, nous n'avons pas la prétention de découvrir que cette réaction n'est pas un critère infaillible de syphilis, chez la femme enceinte.

Depuis longtemps déjà, dans les différentes maternités et en particulier à la clinique obstétricale de l'hôpital André Boursier, on s'est aperçu de la grande infidélité du B.-W. dans le sang de la femme enceinte, soupçonnée de spécificité. « Les derniers mois de la grossesse ou les premiers mois de l'accouchement, le Wassermann chez la mère ne peut être d'aucun secours¹. »

Notre but est de traduire en chiffres cette notion bien connue. Sur 100 femmes syphilitiques enceintes ou nouvellement accouchées, dans combien de cas trouvons-nous un B. W. positif? Tel est le problème que nous nous proposons tout d'abord de résoudre.

« Le Wassermann ne serait, sous l'influence de la gravité, positif que 10 fois sur 100, chez les femmes syphilitiques¹. »

Le problème est-il donc déjà résolu? Nous ne le croyons pas. Le plus souvent, en effet, les accoucheurs ont constaté que les malades dont le passé clinique obstétrical faisait porter le diagnostic de syphilis, avaient un B.-W. négatif dans le sang.

Et le problème, dans ces conditions, se posait ainsi :

Sur 100 femmes enceintes ou nouvellement accouchées

1. R. Bahuët, *Contribution à l'étude du diagnostic de l'héredosyphilis*, thèse Bordeaux, 1934.

et cliniquement syphilitiques, combien de fois le Wassermann confirme-t-il ce diagnostic ?

On voit que répondre à cette question, serait ne pas tenir compte des femmes qui, sans avoir jamais eu de signes cliniques de spécificité, ont tout de même un B.-W. positif dans le sang. Pour pouvoir faire entrer ces cas dans une statistique, il faut que le Wassermann soit imposé à toutes les femmes enceintes, soupçonnées ou non de spécificité. C'est ce qui se fait depuis le début de 1931, à la clinique obstétricale de l'hôpital André Boursier, et c'est ce qui nous a permis d'entreprendre ce travail.

Avant de commencer ce travail peut-être ne serait-il pas superflu de rappeler brièvement les signes cliniques obstétricaux, sur l'existence desquels nous poserons le diagnostic de syphilis. Nous leur consacrerons un petit chapitre, que nous ferons suivre de quelques remarques sur la valeur du B.-W. en général, et au cours de la puerpéralité, en particulier.

Puis ce sera la longue énumération des observations que nous aurons relevées à la clinique obstétricale, au cours des années 1931, 1932, et 1933, et que nous placerons sous la rubrique « syphilis ». Ces observations seront groupées en deux chapitres distincts : d'une part, les femmes présentant des signes cliniques obstétricaux révélateurs de spécificité, le B.-W. étant négatif; d'autre part, les femmes ayant un B.-W. positif.

De l'étude de ces observations nous tirerons des chiffres, auxquels nous demanderons de nous renseigner aussi exactement que possible, sur la valeur comparée du B.-W. positif et des signes cliniques obstétricaux, au point de vue du diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte, du pronostic de la grossesse en cours et de l'efficacité du traitement.

Nos conclusions ne seront que la traduction de ces chiffres.

I. SIGNES CLINIQUES DE SYPHILIS AU COURS DE LA PUERPERALITE

Au cours de la puerpéralité, la syphilis se dénonce cliniquement par différents symptômes portant, les uns sur l'état puerpéral, les autres sur le produit de conception.

Nous considérerons successivement les complications de la gestation, les lésions ovulaires et les lésions fœtales dues à la syphilis.

Parmi les complications de la gestation, quelles sont celles qui sont susceptibles d'avoir une origine spécifique ?

La syphilis est la grande avorteuse, a dit le professeur Bar. Elle coûte à la France 40.000 avortements par an. Et si elle n'est pas la seule cause des avortements, elle en est, tout au moins, la plus fréquente.

La syphilis interrompt encore la grossesse par des accouchements prématurés, d'enfants vivants ou le plus souvent morts. Sur 100 grossesses en ménages entachés de syphilis, il n'en est pas 45 qui arrivent à terme. Evidemment, un accouchement prématuré ne constitue pas à lui seul un signe certain de syphilis ; ce diagnostic ne peut être porté que si ce symptôme est joint à plusieurs autres signes de probabilité.

Quant à la grossesse gémellaire uniovulaire, les auteurs s'accordent volontiers pour lui reconnaître le plus souvent, une origine syphilitique.

Ces dernières années, un certain nombre d'auteurs se sont demandé si la syphilis acquise ou héréditaire n'entrerait pas en jeu, dans certains cas d'albuminurie par néphrite, et d'albuminurie dite gravidique, qu'on est habitué d'attribuer à la toxémie gravidique.

M. Marc Rivière, en particulier, a exposé à la société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux en 1926, les résultats qu'il a obtenus sur deux années d'accouchements : 61 réactions positives coïncidant avec des albuminuries dites gravidiques, soit dans 23 % des cas. La syphilis se cacherait là, soit sous la forme de néphrite, soit sous celle de poussée aiguë d'auto-intoxication gravidique.

Comme lésions ovulaires d'origine syphilitique, nous rechercherons l'hydramnios, et le gros placenta.

En 1881, Bar décrivit cette ascite extra-fœtale, l'hydramnios, et en fit un signe de syphilis. Tous les hydramnios ne sont pas d'origine syphilitique. On en connaît qui sont dus à des circulaires ou nœuds du cordon, ou encore au diabète, et aux cardiopathies maternelles, etc...; mais en dehors de ces cas, il est permis de soupçonner la spécificité.

La caractéristique la plus frappante du placenta syphilitique serait son hypertrophie. Et le professeur Pinard a insisté sur le fait qu'un placenta dont le poids dépasse $1/6$ du poids du fœtus, est un placenta syphilitique. De nombreux auteurs contestent la valeur de l'hypertrophie placentaire, comme signe de syphilis. Dans ce travail, nous signalerons les disproportions fœto-placentaires, quand le rapport $\frac{\text{placenta}}{\text{fœtus}}$ sera égal ou supérieur à $1/4,5$, et à l'exemple de Lévy Solal nous n'en attribuerons à une syphilis possible que les 55 %.

Les lésions fœtales dues à la syphilis sont plus nombreuses.

La syphilis est avant tout fœticide, a-t-on dit. C'est en effet la cause de beaucoup la plus importante de la mort du fœtus *in utero*. Il va sans dire qu'elle n'en est pas la cause unique, la mort du fœtus pouvant relever d'une autre étiologie, mais elle reste néanmoins la cause la plus fréquente. L'origine syphilitique de la mort du fœtus *in utero* est d'autant plus probable que cette mort a été suivie de rétention, puis d'expulsion d'un fœtus macéré.

Pour le professeur Pinard, le gros enfant peut relever de la syphilis. Pour Auclair la syphilis peut être affirmée ou très probable, dans 30 % des cas, chez les enfants dont le poids, à

la naissance, dépasse 4.000 gr. Il nous faudra donc en tenir compte dans le cours de nos recherches.

Nombreuses sont les lésions dues à la syphilis, présentées par l'enfant, dans les quinze premiers jours qui suivent la naissance. Certains de ces symptômes, même isolés, permettent d'affirmer l'hérédo-syphilis; ce sont :

Le penphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, le coryza précoce chronique, le syndrome spléno hépatique de Chauffard, et la présence de tréponèmes dans les organes du fœtus.

D'autres sont des signes de haute probabilité : la mégalo-splénie précoce chronique, le crâne natiforme, le seuil du frontal (on a retrouvé des tréponèmes dans le périoste des bosses frontales), le nez en selle, la voûte ogivale, la réaction de Wasserman positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Chacun de ces signes est d'une si grande probabilité qu'on peut l'appeler signe de certitude, et cela d'autant plus que, rarement il existe à l'état isolé.

De nombreux autres signes encore, attireront notre attention au cours de cette étude :

La croissance lente ou nulle de l'enfant, sans raison manifeste. Le soupçon de syphilis devient, dans ce cas, certitude si sous l'influence du traitement spécifique on voit reprendre la croissance.

Le mœlena des nouveau-nés (Marfan), survenant toujours dans les premiers jours; la mort s'en suivant dans 50% des cas.

L'anorexie des nourrissons, refusant toute alimentation, améliorée par le traitement spécifique.

Les convulsions précoces essentielles (Marfan).

L'hydrocéphalie : sa constatation n'implique pas toujours l'existence de la syphilis, mais elle y fait songer (Hutinel).

Les hémorragies diverses du nouveau-né : hémorragies du cordon, mœlena, hématoméses, ecchymoses ou hémorragies cutanées, suffusions sanguines des séreuses, infiltrations des viscères.

La syphilis est une des causes les plus importantes d'hémorragies des nouveau-nés (Bar).

Les malformations congénitales doivent faire penser à la syphilis.

Les malformations cardiaques : la syphilis doit revendiquer un grand nombre de malformations cardiaques (Hutinel).

L'athrepsie, surtout quand on en obtient la guérison par le traitement spécifique.

Enfin, le diagnostic de syphilis pourra encore être posé, quand on se trouvera en face d'une polyléthalité infantile, surtout quand elle se compliquera d'avortements et d'accouchements prématurés.

Tels sont, rappelés brièvement, les signes cliniques que nous rechercherons dans les observations de la clinique obstétricale de l'hôpital André Boursier, pour porter avec certitude le diagnostic de syphilis.

II. VALEUR DE LA REACTION DE WASSERMANN

Voyons tout d'abord la valeur de cette réaction, en dehors de la puerpéralité.

A la période primaire de la syphilis, on ne peut pas toujours se fier à la sérologie pour le diagnostic de chancre, car elle est négative les premiers jours. Du huitième au quinzième jour d'un chancre syphilitique, le B.-W. serait positif dans 33% des cas; du quinzième au trentième jour, dans 57% des cas; et dans 100% des cas à partir du trentième jour (Levaditi).

Dans la syphilis secondaire la réaction sérologique serait positive dans 70 à 100% des cas, chez les sujets non traités. De plus, la séro-réaction peut rester positive chez les arsénorésistants, chez les arsénorécidivants et dans les syphilis malignes.

Dans la syphilis tertiaire, le nombre de réactions positives varie de 23,7% à 100% selon la diversité de nature des accidents, l'âge de la syphilis, etc...

Dans les syphilis nerveuses et méningées, la séro-réaction peut se montrer négative dans le sang, alors qu'elle est positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Au cours de syphilis traitées on peut constater des réactions sérologiques irréductibles chez des malades dont la spécificité est cliniquement guérie; par contre elles peuvent être rapidement négatives alors qu'il ne peut s'agir de guérison.

Dans la syphilis héréditaire, un B.-W. positif serait rare chez les sujets âgés de plus de 16 ans (Dean).

Voyons maintenant ce que pensent les auteurs, de la valeur du B.-W. au cours de la puerpéralité.

Nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur le fait que,

chez la femme enceinte, la syphilis se cache souvent derrière une séro-réaction négative.

En 1920, Whitridge Williams voit 65 femmes enceintes avec sérologie négative, avoir 43 produits syphilitiques.

La même année Nobécourt et Bonnet publient les résultats d'examen de 200 sérums de femmes gravides notoirement syphilitiques ou suspectes de l'être, avec 18,84 % de positivité.

M. Pinard, puis Gaujoux et Foulquier, puis Klaften et Kalman, rapportent de nombreuses observations de femmes gravides ayant présenté des incidents obstétricaux relevant de la syphilis, et dont la réaction sérologique est restée négative.

Lasseur et Vermelin publient en 1923, les résultats des examens sérologiques de 148 femmes gravides ou récemment accouchées, syphilitiques certaines ou suspectes par suite d'incidents obstétricaux, avec 63 résultats positifs, et 85 négatifs.

Nous pourrions ainsi citer de nombreux autres auteurs tels que Hédingen, Urech, Gougerot, Levy-Solal, Le Lorier et Galliot, Schwaab, Dujol et Laurent, Couvelaire, etc.,, qui insistent, dans les conclusions de leurs recherches, sur la fréquence de la négativité sérologique chez les femmes enceintes certainement syphilitisées.

D'autre part, certains auteurs, tels que Gaujoux et Foulquier, Couvelaire, etc..., citent des cas où la réaction sérologique est positive, alors qu'aucun procédé de diagnostic clinique n'aurait permis de soupçonner l'existence d'une infection tréponimique.

La réaction sérologique a-t-elle mis sur la trace d'une syphilis ignorée ?

Ainsi conclut Couvelaire ; mais ajoute-t-il, malgré la grande utilité du B.-W. dans ces cas, on doit donner, chez la femme gravide, la première place à l'examen clinique et à l'enquête familiale, pour dépister la syphilis.

D'autres auteurs, au contraire, depuis les travaux de Fieux et Mauriac (1912), ont souvent vu, dans cette sérologie posi-

tivé sans signes cliniques de syphilis, une réaction non spécifique dont la positivité était sous l'influence de la gestation.

On ne peut pas nier l'existence de réactions non spécifiques, mais la plupart des auteurs s'accordent actuellement pour assurer sa rareté, et reconnaître au contraire, l'importance que la réaction de Wassermann peut avoir, en révélant des syphilis cliniquement silencieuses.

Et nous pouvons nous résumer en une phrase : « Chez la femme enceinte, un résultat négatif n'autorise pas à conclure que la femme est saine, mais un résultat positif, dans nos pays, où l'on n'a guère à compter avec les trypanosomiasés, autorise à conclure que la femme est atteinte de syphilis » (Bar et Daunay).

Certains auteurs ont vu la réaction sérologique changer de signes au cours d'une même gestation. D'autres ont vu la séro-réaction rester positive, au début et durant toute l'évolution de la gestation et devenir négative après l'accouchement.

Il faut encore noter que selon certains auteurs, une réaction sérologique négative durant toute la gestation, peut devenir positive après l'accouchement.

Pour pouvoir juger des différentes variations que peut présenter la séro-réaction au cours de l'évolution d'une même gestation et à sa terminaison, il faudrait pratiquer systématiquement chez les mêmes femmes un examen sérologique pendant la gestation, lors de l'accouchement et dans les suites de couches, ce qui a été très rarement fait. Nous ne pourrions donc nous prononcer sur ces différents points.

Ne pouvant compter sur les résultats de la séro-réaction dans le sang, au cours de la gestation, certains auteurs ont voulu voir si les renseignements donnés par le B.-W. au moment du travail et dans les suites de couches, avaient plus de valeur.

Heimann et Stern considèrent, ainsi, la période du travail comme excellente pour pratiquer la réaction sérologique dans le sang veineux (17 B.-W. positifs sur 19 syphilitiques).

La majorité des auteurs pensent que le B.-W. est aussi infidèle pendant les suites de couches que pendant la gestation.

Au contraire, les auteurs américains soutiennent que les résultats que donne la séro-réaction lors des suites de couches, pourraient être dans certains cas, différents de ceux obtenus à la période de gestation ou du travail.

Enfin, Boas et Gammeltotr assurent que la réaction sérologique chez les femmes gravides, les parturientes et les accouchées, a la même valeur que celle pratiquée en dehors de l'état de puerpéralité.

L'incertitude des résultats fournis par la réaction du B.-W. dans le sang veineux, a amené les auteurs à faire cette réaction dans le sang rétro-placentaire, dans l'urine, le lait, etc...

La valeur de la séro-réaction faite avec le sang rétro-placentaire reste encore très discutée; les plus grandes divergences d'opinions règnent parmi les auteurs. Pour certains, les résultats seraient inconstants et, fait plus grave encore, on obtiendrait par ce procédé des réactions improprement positives.

L'urine, employée à la dose de 0 cm³ 2, comme le sérum, ne peut-être utilement substituée à celui-ci pour l'étude de la réaction de Wassermann.

Tous les essais de réaction de Wassermann pratiquée avec des quantités élevées d'urine ont donné des résultats faussés par la tension osmotique.

Avec le lait, le plus souvent, les résultats obtenus concordent avec ceux obtenus avec le sérum.

Voyons maintenant quels renseignements on peut tirer de l'étude du B.-W. chez le nourrisson.

Il n'y a pas, disent Bar et Daunay, entre les résultats obtenus avec le sérum des enfants et ceux observés avec le sérum des femmes enceintes, une concordance aussi parfaite que celle qui pouvait être présumée. Dans la majorité des cas où il y a eu concordance, le résultat s'est montré négatif pour la mère et pour l'enfant.

De plus, on ne doit pas conclure d'un résultat négatif de la réaction de Wassermann, observé à la naissance que l'enfant, même ne présentant aucun signe clinique de syphilis, est

réellement sain. On voit dans de nombreux cas le sérum de l'enfant, avec lequel on avait observé un résultat négatif au moment de la naissance, alors que l'enfant paraissait sain, donner un résultat positif, dès que les accidents se manifestent les semaines ou les mois qui suivent la naissance.

Notons enfin, que d'après un grand nombre d'auteurs, le B.-W. dans le liquide céphalo-rachidien d'un nourrisson a une valeur considérable, presque absolue.

Pour terminer ce chapitre, nous allons rapidement énumérer les pourcentages de réactions positives chez des femmes enceintes, ayant présenté au cours ou à la fin de leur grossesse, un incident d'origine probablement syphilitique. Nous empruntons ces renseignements à une thèse récente¹ :

9,7% de B.-W. positif pour les cas d'hydramnios, 17,3% pour l'hypertrophie placentaire, 30% pour les macérés ; 11,2% pour les gros enfants, 39,6% pour l'enfant suspect de syphilis, 6,6% pour les malformations fœtales, 21,6% pour la polyéthéthalité infantile, 8,5% pour l'albuminurie, 11,3% pour l'avortement, 17,6% pour l'accouchement prématuré, 5,8% pour la gémellité uniovulaire.

1. S. Rekis, *Valeur de la réaction sérologique de la syphilis au cours de la gestation et de la puerpéralité*, thèse Paris, 1930.

III. OBSERVATIONS

Dans un premier chapitre, nous énumérerons, tout d'abord, les cas de syphilis, diagnostiquées par les signes cliniques obstétricaux, le B.-W. étant négatif.

Ces observations, nous les diviserons en deux groupes : le premier groupe comprendra les cas où les signes cliniques ne permettent que de soupçonner la syphilis, et nous insisterons particulièrement sur la disproportion fœto-placentaire. Le deuxième groupe comprendra les cas où les signes cliniques nous permettent de porter presque avec certitude, le diagnostic de syphilis.

Ce groupe sera lui-même subdivisé de telle façon que nous puissions étudier séparément les cas suivants :

1° Existence de signes cliniques de syphilis à la grossesse actuelle, sans signes aux grossesses antérieures ;

2° Existence de signes à la grossesse actuelle, avec signes aux grossesses antérieures.

Dans un second chapitre, nous nous occuperons des cas de B.-W. positif, que nous énumérerons, en tenant compte des signes cliniques de syphilis qu'ils présentent. Nous les classerons en deux groupes :

1° Existence de signes cliniques de syphilis à la grossesse actuelle, avec ou sans signes aux grossesses antérieures.

2° Absence de signes cliniques de syphilis à la grossesse actuelle, avec ou sans signes aux grossesses antérieures.

PREMIER GROUPE

Réaction de Wassermann négative.

I. Cas où l'on peut soupçonner la syphilis.

1931

Observation 544. — 22 ans. Un traitement spécifique a été suivi pendant la grossesse.

2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme ; césariennes pour bassin généralement rétréci ; enfants bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, par césarienne, garçon de 2.940 gr. ; placenta : 700 gr. ; rapport fœto-placentaire 1/4,2. Enfant en traitement spécifique.

Observation 15. — 20 ans. 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon 3.100 gr. / placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1 /3,8.

Observation 429. — 42 ans. 2 grossesses antérieures, accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.600 gr., placenta : 840 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,2.

Observation 529. — 16 ans et demi, primipare. Accouchement à terme, fille de 2.880 gr., placenta : 640 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,3.

Observation 541. — 22 ans. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 1.970 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1 /3,2. Mis en traitement spécifique.

Observation 569. — 22 ans, primipare. Accouchement à terme, fille de 3.500 gr., placenta 910 gr., rapport fœto-placentaire 1 /3,8.

Observation 606. — 22 ans. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.000 gr., placenta 700 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,2.

Observation 666. — Primipare de 19 ans. Accouchement à terme, fille de 3.500 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,5.

Observation 810. — Primipare de 26 ans. Accouchement à terme, fille de 3.130 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,4.

Observation 811. — Primipare de 26 ans. Accouchement à terme, garçon de 2.600 gr., placenta : 670 gr., rapport fœto-placentaire 1 /3,8, en traitement spécifique.

Observation 826. — Primipare de 22 ans. Accouchement à terme, garçon de 3.400 gr., placenta : 740 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,5.

Observation 839. — Primipare de 19 ans. Accouchement à terme, garçon de 3.300 gr., placenta 720 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,6.

Observation 848. — 28 ans. 2 grossesses antérieures, accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.720 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1 /4,5.

Observation 851. — 26 ans. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.900 gr., placenta : 850 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6.

Observation 954. — Primipare de 21 ans, accouchement à terme, garçon de 2.925 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,1.

Observation 955. — Primipare de 28 ans, accouchement à terme, garçon de 2.470 gr., placenta 670 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,7.

Observation 957. — Primipare de 22 ans. Accouchement à terme, fille de 2.840 gr., placenta 730 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,8.

Observation 959. — 28 ans. 4 grossesses antérieures, accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.400 gr., placenta : 750 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,5.

Observation 966. — Primipare de 21 ans, accouchement à terme, fille de 3.710 gr., placenta 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6.

Observation 904. — 42 ans, 1 grossesse antérieure, avortement de 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.670 gr., placenta : 875 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2.

1932

Observation 28. — 22 ans. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.300 gr., placenta : 810 gr., rapport fœto-placentaire 1/4.

Observation 41. — 20 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.730 gr., placenta : 830 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,5.

Observation 51. — 27 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.780 gr., placenta : 830 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,5.

Observation 73. — 20 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.100 gr., placenta : 730 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2.

Observation 79. — 25 ans, 1 grossesse antérieure, avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.340 gr., placenta : 750 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,4.

Observation 118. — Primipare de 18 ans, accouchement à terme, garçon de 3.910 gr., placenta : 850 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6

Observation 119. — Primipare de 24 ans, accouchement à terme, garçon de 3.365 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2

Observation 123. — Primipare de 26 ans, accouchement à terme fille de 2.830 gr., placenta 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4.

Observation 125. — 32 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 4.600 gr., placenta 1.000 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6, en traitement spécifique.

Observation 309. — Primipare de 25 ans. Accouchement à terme. garçon de 3.950 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3.

Observation 313. — Primipare de 21 ans, accouchement à terme, garçon de 3.800 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2.

Observation 335. — Primipare de 24 ans, accouchement à terme, fille de 3.350 gr., placenta : 840 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9.

Observation 431. — 22 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement prématuré à 8 mois et demi, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré à 7 mois et demi, fille de 4.000 gr., placenta 1.000 gr., rapport fœto-placentaire 1/4.

Observation 453. — Primipare de 24 ans, accouchement à terme, garçon de 3.130 gr., placenta 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,4.

Observation 498. — 20 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.400 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2.

Observation 556. — Primipare de 17 ans et demi, accouchement

à terme, fille de 3.910 gr., placenta 900 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,3$.

Observation 642. — Primipare de 21 ans, accouchement à terme, garçon de 2.440 gr., placenta : 610 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$, en traitement spécifique.

Observation 656. — 23 ans, 2 grossesses antérieures, 2 accouchements à terme, 1 enfant très bien portant (1929), 1 mort-né (1930).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.220 gr., placenta 750 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,2$.

Observation 658. — Primipare de 18 ans, accouchement à terme, fille de 3.510 gr., placenta 910 gr., rapport fœto-placentaire $1/3,8$, en traitement spécifique.

Observation 682. — 21 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.930 gr., placenta : 940 gr., rapport fœto-placentaire $1/3,1$.

Observation 779. — Primipare de 32 ans, en traitement spécifique pour syphilis héréditaire. Accouchement à terme, fille de 3.100 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$, en traitement spécifique.

Observation 895. — Primipare de 28 ans, accouchement à terme, garçon de 2.330 gr., placenta : 630 gr., rapport fœto-placentaire $1/3,7$ spina-bipida, pieds bots.

Observation 902. — 24 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.590 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,5$.

Observation 918. — Primipare de 22 ans, accouchement à terme, fille de 3.370 gr., placenta : 830 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$.

Observation 1007. — 22 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.900 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire $1/3,2$.

Observation 1019. — 23 ans, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.900 gr., placenta : 870 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,5$.

1933

Observation 10. — Primipare de 22 ans, accouchement à terme, fille de 3.270 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2.

Observation 48. — Primipare de 31 ans, accouchement à terme, fille de 3.820 gr., placenta : 820 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6, en traitement spécifique.

Observation 235. — Primipare de 21 ans. — Accouchement à terme garçon de 3.800 gr., placenta : 960 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9.

Observation 244. — Primipare de 24 ans, accouchement à terme, fille de 2.620 gr., placenta : 670 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9.

Observation 315. — Primipare de 23 ans, accouchement à terme, garçon de 3.720 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6.

Observation 318. — Primipare de 21 ans, en traitement spécifique pour syphilis héréditaire, accouchement à terme, garçon de 2.770 gr., placenta : 630 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3, en traitement spécifique.

Observation 360. — Primipare de 19 ans accouchement à terme-garçon de 3.670 gr., placenta : 820 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,4.

Observation 374. — 33 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement prématuré à 8 mois, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.500 gr., placenta : 710 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,5. En traitement spécifique.

Observation 410. — Primipare de 22 ans, accouchement à terme, fille de 3.940 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3.

Observation 446. — Primipare de 23 ans, en traitement spécifique, accouchement à terme, fille de 3.600 gr., placenta : 780 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6; courbe de poids anormale, traitement spécifique.

Observation 541. — Primipare de 19 ans, accouchement à terme, fille de 2.770 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9.

Observation 593. — 24 ans, traitée depuis 5 ans pour kératite interstitielle, 3 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants, puis 1 avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.600 gr.,

placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,5$; en traitement spécifique.

Observation 627. — Primipare de 30 ans, accouchement à terme, fille de 3.000 gr., placenta : 730 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,1$.

Observation 636. — Primipare de 25 ans, accouchement à terme, fille de 3.420 gr., placenta : 780 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,3$.

Observation 688. — 29 ans, 1 grossesse antérieure ; accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.270 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$.

Observation 712. — Primipare de 17 ans, accouchement à terme, enfant de 3.570 gr., placenta : 880 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$.

Observation 850. — 23 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.470 gr., placenta : 840 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,1$.

Observation 902. — Primipare de 19 ans, accouchement à terme, fille de 3.560 gr., placenta : 860 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$.

Observation 912. — Primipare de 31 ans, accouchement à terme garçon de 3.650 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire, $1/4,5$.

II. *La syphilis est nettement en cause.*

Nous classerons dans un premier groupe, les observations présentant à la grossesse actuelle, un signe certain de syphilis ; et dans un second groupe, celles qui ne présentent à cette grossesse que des signes dont l'origine syphilitique n'est pas certaine.

A. *Existence de signes certains de syphilis, à la grossesse actuelle.*

Ce groupe sera encore divisé en deux parties. D'une part, nous étudierons les cas dans lesquels les grossesses antérieures présentaient des signes cliniques de syphilis. D'un autre,

les cas ne présentant pas d'antécédents syphilitiques obstétricaux.

1. *Pas de signes cliniques aux grossesses antérieures.*

1931

Observation 150. — Primipare de 23 ans, en traitement spécifique depuis le 5^e mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois, enfant de 2.400 gr., placenta : 240 gr., rapport fœto-placentaire 1/10, macéré.

Observation 38. — Primipare de 35 ans, hydramnios; accouchement prématuré à 8 mois, enfant de 3.500 gr., placenta : 420 gr., rapport fœto-placentaire 1/8,8, macéré.

Observation 220. — Primipare de 22 ans, accouchement à terme, garçon de 2.400 gr., placenta : 670 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,5; spinabifida lombo sacré avec myéloméningocile ouverte, décédé le 6^e jour.

Observation 324. — 30 ans, a suivi un traitement spécifique il y a 7 ans; 2 grossesses antérieures; accouchements à terme, enfants bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré 8 mois, garçon de 2.400 gr., placenta : 440 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,4. Malformation de la main droite (syndactylie) et du pied gauche. En traitement spécifique.

Observation 385. — Primipare de 21 ans, accouchement prématuré à 6 mois et demi, enfant de 1.050 gr., placenta : 300 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,5, macéré.

Observation 481. — Primipare de 23 ans, Hydramnios. Accouchement prématuré à 8 mois, garçon de 2.360 gr., placenta : 480 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,9. Atrophie bilatérale du pavillon de l'oreille; en traitement spécifique.

Observation 530. — Primipare de 30 ans, accouchement à terme, fille de 3.420 gr., placenta : 670 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1. Décédée 48 heures après, gros foie, grosse rate, persistance du trou de Botal.

Observation 546. — 38 ans, primipare, accouchement prématuré 8 mois, fille de 2.400 gr., placenta : 510 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,7, macérée.

Observation 689. — Primipare de 22 ans, accouchement à terme, fille de 3.800 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,7, macérée.

Observation 789. — 26 ans, Hydramnios, 2 grossesses antérieures; accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 4.700 gr., placenta : 970 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,8. En traitement spécifique.

Observation 803. — Primipare de 14 ans et demi, accouchement prématuré 8 mois et demi, garçon de 2.400 gr., placenta : 520 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6. Décédé d'athrepsie le 25^e jour, malgré amélioration passagère, par traitement spécifique.

Observation 905. — 23 ans, hydramnios, 2 grossesses antérieures; accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré 8 mois, fille de 1.225 gr., placenta : 420 gr., rapport fœto-placentaire 1/3. Anencéphale, a fait quelques inspirations.

Observation 953. — Primipare de 19 ans, accouchement à terme; garçon de 2.900 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,1; décédé d'athrepsie le 34^e jour.

1932

Observation 4. — Primipare de 27 ans, accouchement à terme, fille de 3.180 gr., placenta 730 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3. Décédée à 20 jours : syndrome de dénutrition progressive.

Observation 64. — Primipare de 35 ans, accouchement à terme, garçon de 4.000 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/5; décédé 48 heures après : œdème congénital avec syndrome hémorragique.

Observation 140. — 32 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle; accouchement prématuré, 8 mois, fille de 2.025 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire 1/2,3; morte et macérée.

Observation 288. — 39 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré à 8 mois, enfant macéré.

Observation 1026. — Primipare de 28 ans, accouchement à terme, enfant macéré.

1933

Observation 288. — Primipare de 26 ans, traitée depuis le 6^e mois de sa grossesse, hydramnios, accouchement à terme, garçon de 3.400 gr., placenta : 515 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,6 mort-né.

Observation 704. — Primipare de 20 ans. En traitement spécifique, accouchement prématuré à 8 mois, enfant de 2.975 gr., placenta : 545 gr., rapport 1/5,4, mort-né.

2. Avec des signes cliniques de syphilis aux grossesses antérieures.

1931

Observation 123. — 25 ans, traitée pendant la grossesse, 4 grossesses antérieures; 2 accouchements à terme : 1 garçon, décédé à 9 mois, coqueluche; 1 garçon vivant, chétif, en traitement spécifique; 2 accouchements prématurés à 7 mois : 1 fille, décédée à 3 ans de broncho-pneumonie, 1 garçon, décédé à 2 ans de broncho-pneumonie.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille 2.700 gr., placenta : 540 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, décédée 4 heures après.

Observation 467. — 31 ans, en traitement spécifique depuis le 4^e mois. 4 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants, 2 avortements de 1 mois et demi et 3 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, enfant de 3.800 gr., placenta : 500 gr., rapport 1/7,6, macéré.

Observation 549. — 38 ans, en traitement spécifique pendant la grossesse; 1 grossesse antérieure; accouchement prématuré de 7 mois et demi, macéré.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré 6 mois et demi, enfant de 1.300 gr., placenta : 320 gr., rapport fœto-placentaire 1/4, phocomélie; décédé 48 heures après.

Observation 542. — 33 ans, 3 grossesses antérieures; 3 accouchements à terme : 1 fille (1916) décédée à 7 mois, 1 fille (1926) mort-née, 1 garçon (1928) très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.740 gr. placenta : 670 gr., rapport 1/4, macéré.

Observation 589. — 20 ans. 4 grossesses antérieures : 2 avorte-

ments en 1928, de 3 mois et demi et 2 mois et demi, 1 accouchement prématuré, garçon, décédé 2 heures après, 1 accouchement à terme, garçon, décédé 1 heure après.

Grossesse actuelle : avortement de 5 mois et demi.

Observation 607. — 40 ans, albuminurique, 6 grossesses antérieures, 2 accouchements à terme, enfants très bien portants. 1 avortement de 2 mois, 3 accouchements prématurés à 7 mois, mort-né; à 8 mois, morte et macérée (éclampsie); à 8 mois et demi, fille décédée à 40 jours; persistance du trou de Botal.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 2.900 gr., placenta : 540 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,3$, macérée.

Observation 642. — 26 ans, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 1 enfant très bien portant, 1 décédé au 2^e jour.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.300 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,2$. Athrepsie, guéri par traitement spécifique.

Observation 650. — 19 ans, 1 grossesse antérieure : avortement de 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré de 7 mois et demi; garçon de 1.800 gr., placenta 900 gr., rapport fœto-placentaire $1/2$, décédé 6 jours après naissance.

Observation 672. — 29 ans, hydramnios, 4 grossesses antérieures, 3 accouchements à terme : 1 très bien portant, 2 décédés à 16 mois et un an, 1 accouchement prématuré, 6 mois et demi, mort-né.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.700 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,1$, anencéphale.

Observation 771. — 34 ans, (pères différents pour la 1^{re} et les 3 dernières grossesses). 3 grossesses antérieures, 1 accouchement à terme (1915) enfant très bien portant, 2 avortements (en 1929 et 1930) de 4 et 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.260 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,4$, hydrocéphale, décédé 6 heures après.

Observation 812. — 31 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement prématuré de 8 mois, enfant décédé à 8 jours.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.630 gr., placenta : 760, rapport fœto-placentaire $1/4,7$, décédé le 12^e jour; dénutrition progressive.

Observation 852. — 38 ans (La mère de la malade a eu 2 garçons jumeaux décédés, l'un à 2 jours, l'autre à 5 mois, et 3 avortements).

3 grossesses antérieures: 2 accouchements à terme (1920-1921)

enfants très bien portants, 1 accouchement à terme (1928) enfant décédé à 2 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, enfant de 3.000 gr., placenta : 400 gr., rapport fœto-placentaire 1/7,5, macéré.

1932

Observation 203. — 28 ans, en traitement spécifique, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille, décédée à 9 jours, 1 accouchement prématuré, 6 mois et demi, mort-né.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.200 gr., placenta : 450 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,8, décédée à 11 jours, malgré le traitement spécifique.

Observation 868. — 30 ans, en traitement spécifique depuis le 4^e mois, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille décédée à 7 mois, 1 avortement de 5 mois et demi.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré à 7 mois et demi, enfant mort et macéré.

Observation 107. — 35 ans, 2 grossesses antérieures; 1 accouchement à terme, enfant très bien portant, 1 avortement de 4 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, enfant de 3.300 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6, macéré.

Observation 264. — 29 ans, 2 grossesses antérieures, 2 accouchements prématurés à 6 mois et demi, mort-nés.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 7 mois, mort-né.

Observation 454. — 36 ans. 1 grossesse antérieure, avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, enfant macéré.

Observation 460. — 30 ans, n'a pas suivi le traitement spécifique prescrit, 3 grossesses antérieures; 3 accouchements à terme, 2 garçons (1928 et 1929) macérés, 1 fille (1930) très bien portante.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon mort et macéré.

Observation 681. — 39 ans, 4 grossesses antérieures: 2 accouchements à terme, fille, (1920) décédée à 4 jours, garçon (1921) très bien portant, 1 accouchement prématuré de 8 mois et demi, fille, très bien portante, 1 accouchement à terme, garçon mort-né.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon macéré.

Observation 692. — 34 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant mort-né.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois et demi,

garçon de 2.430 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire $1/4$; décédé à 4 jours.

Observation 751. — 25 ans, plaques muqueuses dans la gorge, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré de 7 mois (1930), enfant très bien portant, 1 avortement de 3 mois et demi (1931).

Grossesse actuelle : avortement de 2 mois.

Observation 805. — 33 ans, hydramnios, 7 grossesses antérieures : 1 avortement de 1 mois $1/2$, 3 accouchements à terme, enfants très bien portants, 2 accouchements à terme, jumeaux : fille macérée, garçon très bien portant, 1 accouchement prématuré à 8 mois, fille macérée, 1 accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré à 8 mois, enfant macéré, anencéphale.

Observation 921. — 28 ans, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille très bien portante, 1 avortement de 3 mois $1/2$.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.060 gr., placenta : 780 gr., rapport fœto-placentaire $1/3$. Hydrocéphale, mort-né.

Observation 954. — 22 ans, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, fille décédée à 5 jours.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 7 mois, enfant de 3.270 gr. placenta : 1.400 gr., rapport fœto-placentaire $1/2,4$. Œdème généralisé, mort-né.

1933

Observation 123. — 24 ans, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille décédée à 2 jours, 1 avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois $1/2$, fille de 2.900 gr., placenta : 390 gr., rapport fœto-placentaire $1/7,5$, décédée à 8 jours.

Observation 127. — 37 ans, en traitement spécifique depuis 5 ans. 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille très bien portante, 1 avortement de 5 mois.

Grossesse actuelle : avortement de 5 mois $1/2$.

Observation 319. — 40 ans, 4 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme en 1923 et 1925, enfants très bien portants, 2 avortements de 2 mois en 1928 et 29.

Grossesse actuelle : avortement de 5 mois $1/2$.

Observation 371. — 23 ans, 2 grossesses antérieures, 2 avortements de 2 mois 1/2.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.375 gr., placenta : 1000 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,3, décédée 36 h. après la naissance.

Observation 547. — 30 ans, 8 grossesses antérieures : 4 accouchements à terme, 3 enfants bien portants; 1 décédé à 10 mois, 4 avortements de 3 m. 1/2, 3 m. 1/2, 4 m. 1/2, 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 7 mois, enfant de 1.580 gr., placenta : 450 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,5. Hémorragie rétro-placentaire, mort-né.

Observation 564. — 28 ans, 5 grossesses antérieures : 2 accouchements prématurés à 6 m. 1/2; mort-nés. 1 accouchement prématuré à 7 mois, enfant très bien portant, 1 avortement de 3 mois 1/2, 1 accouchement à terme, une fille très bien portante.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 7 mois, enfant de 1380 gr., placenta : 370 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,2. Mort-né.

Observation 682. — 28 ans, traitement spécifique il y a 3 ans. 3 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, garçon de 5.250 gr., très bien portant, 1 accouchement à terme, garçon décédé à 9 mois d'une broncho-pneumonie, 1 accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle : avortement de 4 mois.

Observation 768. — 39 ans, traitement spécifique il y a 9 ans. 7 grossesses antérieures : 3 accouchements à terme, 1 garçon, (hémiplegie à 2 ans 1/2), 2 garçons décédés à 3 mois et à 8 mois d'une broncho-pneumonie, 3 avortements de 4 m. 1/2, 5 m. 1/2 et 5 semaines, 1 accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle : avortement de 4 mois.

Observation 789. — 30 ans, 5 grossesses antérieures : 5 accouchements à terme, 3 enfants décédés à 3 jours, 3 mois et 10 mois, 2 enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.670 gr., placenta : 750 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,8. Décédé à 2 jours.

Observation 848. — 29 ans, hydramnios, 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 mois, enfant macéré.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.720 gr., placenta : 650 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7. En traitement spécifique.

Observation 919. — 35 ans, 6 grossesses antérieures : 1 avortement de 2 m. 1/2. 5 avortements de 2 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré, 6 m. 1/2, garçon de 1.640 gr., placenta : 430 gr., rapport fœto-placentaire : 1/3,8. Traitement spécifique. Courbe de poids croissante.

B. Existence, à la grossesse actuelle, de signes pouvant peut-être être mis sur le compte de la syphilis, les grossesses antérieures étant certainement entachées de signes cliniques de syphilis.

1931

Observation 697. — 27 ans, traitement spécifique pendant la grossesse, 6 grossesses antérieures : 4 accouchements à terme, enfants très bien portants, 1 accouchement à terme, enfant décédé à 2 mois, maladie bleue, 1 avortement de 4 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 m. 1/2, fille de 2.460 gr., placenta : 450 gr., rapport 1/5,4.

Observation 439. — 34 ans, 2 grossesses antérieures : 1 avortement de 3 mois, 1 accouchement à terme, fille hydrocéphale décédée à 9 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 m. 1/2, fille de 2.900 gr., placenta : 650 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6. En traitement spécifique.

1932

Observation 18. — 21 ans, en traitement spécifique depuis le 4^e mois de la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant macéré.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.740 gr., placenta : 850 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,4. En traitement spécifique.

Observation 100. — 41 ans, Traitement spécifique pendant la grossesse, 10 grossesses antérieures : 3 accouchements prématurés à 7 mois, enfants décédés, 1 accouchement à terme, enfant très bien portant (traitement pendant la grossesse), 2 accouchements à terme, enfants décédés à 8 mois et à 9 jours, 2 accouchements à terme, enfants très bien portants (traitement pendant la grossesse).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 4.540 gr., placenta : 980 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6. En traitement spécifique.

Observation 171. — 34 ans. Traitement spécifique pendant la grossesse, 10 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme

(1918) jumeaux, 1 garçon mort-né, 1 garçon décédé à 10 mois, 1 avortement de 3 mois (1920), 1 accouchement prématuré à 7 mois, garçon très bien portant, 4 avortements de 3 mois (1922), 3 mois (1923), 1 mois (1925), 2 mois (1929), 1 accouchement à terme garçon décédé à 3 ans, 2 accouchements à terme, 1928, 1930, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.030 gr., placenta : 650 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6 en traitement spécifique.

Observation 213. — 31 ans, 2 grossesses antérieures : 1 avortement de 3 mois, 1 accouchement à terme, mort-né.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.000 gr., placenta : 750 gr., rapport fœto-placentaire 1/4. Traitement spécifique.

Observation 243. — 21 ans, 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.900 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,1, traitement spécifique.

Observation 350. — 29 ans, 3 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille très bien portante, 2 avortements de 2 mois 1/2 et 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.506 gr., placenta : 560 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,4, traitement spécifique.

1933

Observation 445. — 21 ans, traitement spécifique pendant la grossesse, 2 grossesses antérieures : 2 avortements de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.050 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3, traitement spécifique.

Observation 718. — 23 ans, traitement spécifique pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, garçon décédé à 2 mois (hémorragie interne).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 4.120 gr., placenta : 980 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2. Traitement spécifique.

Observation 935. — 37 ans, en traitement spécifique depuis le 3^e mois de la grossesse, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements prématurés à 6 m. 1/2 et 7 mois, enfants décédés quelques heures après la naissance.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois, garçon

de 2.285 gr., placenta : 490 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6, en traitement spécifique.

Observation 257. — 24 ans, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme (1928) garçon décédé à 5 mois, broncho-pneumonie, 1 avortement de 3 mois (1930).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.870 gr., placenta : 880 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,3.

Observation 769. — 30 ans, 3 grossesses antérieures : 3 avortements de 2, 3 et 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.370 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,3.

Observation 947. — 25 ans, 5 grossesses antérieures : 5 accouchements à terme, 2 enfants très bien portants, 3 décédés à 5, 6 et 8 mois (méningite).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.990 gr., placenta : 775 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9.

C. Signes cliniques de syphilis aux grossesses antérieures, sans signes, à la grossesse actuelle.

1931

Observation 27. — 26 ans, traitement pendant les 5 derniers mois de la grossesse, 5 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 1 mort-né, un décédé à 5 mois (br. pneum.), 1 accouchement prématuré à 7 mois, garçon décédé à 18 jours, 2 accouchements à terme, 2 garçons jumeaux, très bien portants, 1 accouchement à terme, fille très bien portante.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.670 gr., placenta : 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,3.

Observation 187. — 23 ans, traitement spécifique pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant décédé à 4 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 4.100 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, en traitement spécifique.

Observation 289. — 37 ans, traitée pendant la grossesse, hémorragie de la délivrance à chaque accouchement, 6 grossesses antérieures : 3 accouchements à terme, enfants très bien portants, 2 accouchements prématurés à 7 mois, enfants macérés.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.860 gr., placenta : 640 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,9.

Observation 352. — 25 ans, traitement pendant la grossesse, 3 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 7 mois, fille très bien portante, 2 avortements de 2 m. 1/2.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 2.550 gr., placenta : 440 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7, traitement spécifique.

Observation 355. — 28 ans, traitement spécifique pendant la grossesse, 3 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 7 mois, enfant très bien portant, 2 accouchements à terme, 1 enfant très bien portant, 1 décédé à 8 mois, athrepsie.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.520 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,8. En traitement spécifique.

Observation 532. — 26 ans, traitée pendant la grossesse, 4 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme (1924, 1926) enfants décédés à 4 mois et à 45 jours, 1 avortement de 3 mois 1/2, 1 accouchement à terme, enfant très bien portant (traitement spécifique pendant la grossesse).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.930 gr. placenta : 680 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7, traitement spécifique.

Observation 747. — 28 ans, traitée pendant les 2 dernières grossesses, 4 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme (23) garçon décédé de convulsions, 2 accouchements prématurés à 8 mois (1924 et 1927) enfants mort-nés, 1 accouchement à terme (1930) enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.260 gr., placenta : 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,8.

Observation 770. — 21 ans, traitée pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 m. 1/2, macéré.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.380 gr., placenta : 610 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,5.

Observation 950. — 23 ans, traitée depuis le début de la grossesse, 3 grossesses antérieures : 3 accouchements prématurés à 6 m. (1927) 8 m. (décédé, 48 h. après) et 6 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme fille de 3.200 gr., placenta : 480 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,6, traitement spécifique.

Observation 203. — 36 ans, 9 grossesses antérieures : 5 accouchements à terme, enfants très bien portants (1^{re}, 2^e, 4^e, 6^e 9^e grossesses), 4 avortements de 4 m. 1/2 (3^e, 5^e, 7^e, 8^e grossesses).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.800 gr., placenta : 740 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1.

Observation 236. — 32 ans, 5 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 8 mois, enfant très bien portant, 1 accouchement prématuré à 7 m. 1/2, enfant très bien portant, 1 accouchement à terme, enfant très bien portant, 2 avortements de 2 et 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 m. 1/2, fille de 2.500 gr., placenta : 380 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,5.

Observation 316. — 38 ans, 3 grossesses antérieures : 1 avortement de 5 mois, 1 accouchement prématuré à 8 mois, fille décédée 12 h. après, 1 accouchement à terme, garçon décédé à 5 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.260 gr., placenta : 620 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,2, traitement spécifique.

Observation 575. — 23 ans, 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme (1928), garçon décédé 48 h. après la naissance, 1 accouchement à terme (1930) garçon décédé 14 jours après la naissance.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.370 gr., placenta : 520 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,4.

Observation 588. — 38 ans, 6 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, garçon, décédé à 2 ans 1/2, 1 accouchement à terme garçon en traitement spécifique, 1 avortement de 3 mois 1/2, 2 accouchements à terme, enfants décédés à 2 ans et à 21 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.260 gr., placenta : 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,5, traitement spécifique.

Observation 673. — 30 ans, 5 grossesses antérieures : 4 accouchements prématurés à 7 mois, enfants macérés, 1 accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.650 gr., placenta : 570 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,4.

Observation 778. — 39 ans, 7 grossesses, 3 avortements de 1 mois (1911), 2 mois (1912) 2 mois (1915), 2 accouchements à terme (1921-1926) garçons très bien portants, 2 accouchements à terme (1922-1928) enfants décédés à 8 jours et 16 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 4.300 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,3.

Observation 829. — 24 ans, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant de 3.310 gr., placenta : 820 gr., rapport fœto-placentaire 1/4 décédé à 1 mois et demi.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon 3.600 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1, en traitement spécifique.

Observation 942. — 30 ans traitement spécifique de 1927 à 1929. 9 grossesses antérieures : 3 avortements de 3 mois et demi (1924), 2 mois (1925), 4 mois (1926); 2 accouchements à terme : un mort-né (1927), 1 très bien portant (1930); 2 avortements de 2 mois (1929), et de 3 mois (1929); 1 accouchement à terme, garçon décédé à 8 mois (1931); 1 avortement de 1 m. 1/2 (1931).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.460 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7.

1932

Observation 48. — 36 ans, héréd. en traitement, 1 grossesse antérieure, accouchement prématuré 8 mois (1931), enfant macéré.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.700 gr., placenta : 420 gr., rapport fœto-placentaire 1/7, traitement spécifique.

Observation 83. — 32 ans. Traitement spécifique, pendant la grossesse, 4 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme : 1 enfant très bien portant, 1 décédé à 5 mois, 1 avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.080 gr., placenta : 610 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, traitement spécifique.

Observation 240. — 30 ans. Traitement spécifique pendant la grossesse. 1 grossesse antérieure : accouchement à terme (1928) garçon de 2.800 gr., décédé 12 heures après.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.350 gr., placenta : 380 gr., rapport 1/6,2, traitement spécifique.

Observation 644. — 29 ans. Traitée pendant la grossesse. 8 grossesses antérieures : 8 accouchements à terme, 4 garçons très bien portants, 4 enfants décédés à 2 jours, 8 jours, 2 ans et demi (broncho pneumonie, 13 mois).

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 2.810 gr., placenta : 440 gr., rapport fœto-placentaire 1/6, traitement spécifique.

Observation 790. — 23 ans, traitée depuis le 4^e mois de la grossesse, 3 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, un enfant

décédé à 5 mois (subitement), un enfant vivant, maladif, 1 accouchement prématuré de 8 mois, enfant décédé à quelques heures.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.840 gr., placenta : 450 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,3. En traitement spécifique.

Observation 833. — 28 ans, traitée depuis le 3^e mois de la grossesse. 3 grossesses antérieures, 3 avortements de 4 mois et demi, 3 mois, 2 mois et demi.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.120 gr., placenta : 650 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,7, traitement spécifique.

Observation 856. — 28 ans, traitée depuis le 4^e mois de la grossesse, 4 grossesses antérieures : accouchements à terme, 2 enfants très bien portants, 2 décédés à quelques mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.500 gr., placenta : 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/6, traitement spécifique.

Observation 25. — 26 ans. 3 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 7 mois, enfant macéré, 1 avortement de 5 mois, 1 accouchement à terme, enfant de 4.000 gr., décédé le 2^e jour.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.560 gr., placenta : 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/6.

Observation 57. — 31 ans : 5 grossesses antérieures : 4 accouchements à terme, 3 enfants décédés à 3 ans et demi, 8 mois et 7 mois. 1 enfant vivant, rachitique. 1 accouchement à terme, enfant vivant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.000 gr., placenta 470 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,3, traitement spécifique.

Observation 202. — 35 ans, 5 grossesses antérieures, 4 enfants décédés dans les premiers mois. 1 enfant bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.030 gr., placenta 550 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, 5.

Observation 311. — 31 ans, 6 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, enfant très bien portant, 4 avortements de 3 mois, 1 accouchement à 7 mois, enfant décédé à 7 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.820 gr., placenta 610 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,2, traitement spécifique.

Observation 392. — 34 ans. 9 grossesses antérieures : 4 accouche-

ments à terme; 3 enfants très bien portants, 1 décédé à 6 mois, 3 avortements de 4 mois (gémellaire), 5 mois et 3 mois, 2 accouchements prématurés de 6 mois et demi et 7 mois (jumeaux mort-nés).

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.000 gr., placenta : 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/6.

Observation 517. — 36 ans. 2 grossesses antérieures : 1 avortement à 5 mois, macéré, 1 accouchement à terme, mort-né.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.400 gr., placenta 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7.

Observation 550. — 30 ans. 3 grossesses antérieures : 2 avortements de 1 mois et demi et 3 mois. 2 accouchements prématurés à 6 mois et demi (gross. gémellaire bi-vitelline) mort-nés.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.000 gr., placenta : 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/6.

Observation 575. — 37 ans. 4 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme (1918), très bien portant, 3 avortements de 3 mois, 2 mois et demi, 2 mois et demi.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.050 gr., placenta : 650 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6.

Observation 825. — 21 ans. 5 grossesses antérieures : 2 avortements (1928) de trois mois et demi et 2 mois, 3 accouchements prématurés de 8 mois et demi, très bien portant, 7 mois, mort-né, 8 mois et demi, très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.270 gr., placenta : 515 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,3, traitement spécifique.

1933

Observation 259. — 22 ans, en traitement. 1 grossesse antérieure : (1932) garçon décédé à 3 mois et demi, spina bifida.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.880 gr., placenta : 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7, en traitement spécifique.

Observation 263. — 44 ans, traitée pendant la grossesse, 5 grossesses antérieures, 4 accouchements à terme : 1 enfant vivant, scoliose dorsale gauche, 1 enfant vivant, malformation cage thoracique, 1 enfant vivant, état général déficient, 1 enfant vivant, très bien portant (traitement spécifique pendant grossesse). 1 avortement de 4 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.300 gr.,

placenta : 570 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,7$, traitement spécifique.

Observation 381. — 28 ans. En traitement spécifique depuis le 4^e mois de la grossesse. 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré 8 mois, enfant décédé à 1 mois et demi, athrepsie.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.300 gr., placenta : 460, rapport fœto-placentaire $1/7,1$, en traitement spécifique.

Observation 494. — 25 ans. Traitée depuis le 6^e mois. 2 grossesses antérieures, accouchement prématuré à 6 mois et demi, enfant décédé 5 heures après, accouchement prématuré à 7 mois, enfant décédé 10 heures après.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.250 gr., placenta : 660 gr., rapport fœto-placentaire, $1/4,9$, en traitement spécifique.

Observation 551. — 31 ans. Traitée depuis le 4^e mois. 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré 7 mois, enfant chétif, décédé à un mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.440 gr., placenta : 640 gr., rapport $1/5,3$, en traitement spécifique.

Observation 754. — 25 ans. Traitée depuis le 2^e mois de la grossesse. 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré de 8 mois, enfant décédé à 2 jours, malformation cardiaque.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.840 gr., placenta : 480 gr., rapport fœto-placentaire $1/8$, traitement spécifique.

Observation 770. — 27 ans, Traitée depuis le 3^e mois. 4 grossesses antérieures : 2 accouchements prématurés, jumeaux, fille et garçon, décédés 1 heure après. 3 accouchements à terme, 2 enfants très bien portants, 1 fille décédée à 4 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 3.700 gr., placenta : 590 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,2$, traitement spécifique.

Observation 838. — 22 ans, en traitement depuis le 6^e mois de la grossesse. 1 grossesse antérieure ; accouchement prématuré à 8 mois et demi, enfant chétif, spasmophile.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois et demi, garçon de 2.180 gr., placenta : 400 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,4$, en traitement spécifique.

Observation 102. — 27 ans. 3 grossesses antérieures : 1 accouchement

à terme, enfant mort-né; 1 accouchement prématuré, de 7 mois, enfant décédé à 5 jours; avortement de 4 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.520 gr., placenta : 390 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,4.

Observation 232. — 30 ans. 7 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants. 2 accouchements prématurés à 7 mois; une fille morte *in utero*, 3 avortements de 3 mois, 1 mois et demi et 3 mois et demi.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.330 gr., placenta : 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7.

Observation 346. — 32 ans. 5 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, garçon décédé à 15 jours, 2 accouchements à terme, jumeaux, décédés en naissant et à un mois, 1 accouchement prématuré de 7 mois et demi, mort-né, 2 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.500 gr., placenta : 660 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,3, traitement spécifique.

Observation 492. — 35 ans. 13 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 2 garçons jumeaux décédés l'un en naissant, l'autre à un mois, 6 avortements de 2 mois, 3 mois et 5 mois et demi, 1 accouchement prématuré de 7 mois, enfant très bien portant, 5 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, garçon de 4.300 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,4.

Observation 660. — 39 ans, 10 grossesses antérieures, 10 accouchements à terme, 5 enfants très bien portants, 5 décédés à 4,5 et 6 mois.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 4.250 gr., placenta 610 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,9.

Observation 661. — 40 ans. 9 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, garçon mort-né, 2 avortements de 3 et 2 mois, 2 accouchements à terme : 1 fille décédée à 8 jours, 1 garçon décédé à 16 mois (méningite). 4 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 4.460 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,5.

Observation 857. — 27 ans. 3 grossesses antérieures, 3 accouchements prématurés de 8 mois : 2 enfants décédés à 2 mois et à 4 heures, 1 enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré : 8 mois, jumeaux garçon, 2.620 gr., fille 2.600 gr., en traitement spécifique.

DEUXIEME GROUPE

Réaction de Wassermann positive.

I. Signes cliniques de syphilis à la grossesse actuelle.

1. Sans signes de syphilis aux grossesses antérieures.

1931

Observation 79. — Primipare de 17 ans, accouchement prématuré de 6 mois et demi, fille de 1.340 gr., placenta : 620 gr., décédée le 4^e jour.

Observation 380. — Primipare de 17 ans, accouchement prématuré de 6 mois et demi, garçon de 1.220 gr., placenta : 300 gr., mort et macéré.

1932

Observation 195. — 18 ans. Traitement spécifique pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : avortement de 4 mois et demi.

Observation 196. — Primipare de 20 ans, en traitement pendant la grossesse, accouchement à terme, fille de 3.260 gr., placenta : 800 gr., rapport fœto-placentaire 1/4, rate perceptible. En traitement spécifique.

1933

Observation 859. — 25 ans, traitement spécifique il y a trois ans. Pas de traitement pendant la grossesse. 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants, en traitement spécifique.

Grossesse actuelle, avortement de 4 mois et demi.

2. Avec signes de syphilis aux grossesses antérieures.

1931

Observation 941. — 37 ans. 7 grossesses antérieures : 3 accouchements à terme, enfants très bien portants (1916, 1925 et 1928), 1 accouchement prématuré à 7 mois, enfant décédé en naissant (1922), 1 accouchement à terme, fille morte et macérée (1923), 2 avortements de 2 mois (1927), 2 mois et demi (1929).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 4.400 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire 1/6, mort-née.

Observation 948. — 29 ans. 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 mois, fille décédée quelques heures après.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré de 8 mois, enfant de 2.330 gr., placenta : 600 gr., rapport 1/3,8, décédée à 8 jours.

1933

Observation 442. — 27 ans, en traitement depuis le 2^e mois de la grossesse. 1 grossesse antérieure; accouchement prématuré à 6 mois et demi, enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle : hydramnios, accouchement à terme, garçon de 3.480 gr., placenta : 550 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,4. En traitement spécifique.

Observation 832. — 36 ans. Tabétique. 3 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, enfant très bien portant, 2 accouchements prématurés à 7 et 8 mois, enfants macérés.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 7 mois, enfant de 1.750 gr., placenta : 310 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,6 macéré.

II. *Signes cliniques à la grossesse actuelle, d'origine syphilitique possible.*

1. *Sans signes de syphilis aux grossesses antérieures.*

Observation 143. — 33 ans. 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : 1 accouchement à terme, fille de 4.380 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/7,3, en traitement spécifique, courbe de poids anormale.

Observation 608. — 22 ans. 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois et demi, enfant de 3.000 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, traitement spécifique.

Observation 804. — Primipare de 20 ans, accouchement à terme, garçon de 4.100 gr., placenta : 900 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,5.

1932

Observation 915. — Primipare de 23 ans, en traitement spécifique depuis le 5^e mois de la grossesse. Accouchement à terme, garçon de 2.440 gr., placenta : 420 gr., rapport fœto-placentaire 1/6, traitement spécifique.

Observation 441. — Primipare de 23 ans. Accouchement à terme, enfant de 4.000 gr., placenta : 1.000 gr., rapport fœto-placentaire 1/4.

1933

Observation 622. — 29 ans. Mise en traitement spécifique au 6^e mois de la grossesse, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.360 gr., placenta : 720 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6, traitement spécifique.

Observation 572. — Primipare de 20 ans. En traitement depuis le 4^e mois de la grossesse, accouchement à terme, fille de 4.870 gr., placenta : 970 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,2, traitement spécifique.

Observation 940. — 37 ans, traitée depuis 6 ans, kératite interstitielle. 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.500 gr., placenta : 510 gr., rapport fœto-placentaire 1/5, en traitement spécifique.

Observation 4. — 24 ans. 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré de 8 mois et demi, fille de 2.950 gr., placenta : 520 gr. rapport fœto-placentaire 1/5,7.

Observation 217. — 23 ans. Sourde depuis l'enfance. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, garçon très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille de 2.450 gr., placenta : 550 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,6. Traitement spécifique.

Observation 431. — 24 ans. 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré : 8 mois et demi, fille de 2.820 gr., placenta : 320 gr., rapport fœto-placentaire 1/8. Traitement spécifique.

Observation 460. — Primipare de 22 ans. Accouchement prématuré à 7 mois et demi, garçon de 2.000 gr., placenta 420 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,7. Eclampsie, albuminurie, enfant mort-né.

Observation 575. — Primipare de 17 ans. Accouchement à terme, garçon de 3.700 gr., placenta : 940 gr., rapport fœto-placentaire 1/3,9 traitement spécifique.

Observation 583. — 32 ans. 1 grossesse antérieure, accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 2.600 gr., placenta : 500 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,2$, traitement spécifique.

2. *Avec signes cliniques de syphilis aux grossesses antérieures,*

1931

Observation 164. — 27 ans. Traitement spécifique suivi pendant grossesse. 3 grossesses antérieures, 2 accouchements à terme: 1 fille très bien portante, 1 fille décédée à 3 ans (méningite), 1 avortement de 4 mois et demi.

Grossesse actuelle accouchement prématuré de 8 mois et demi, enfant de 2.840 gr., placenta : 560 gr., rapport fœto-placentaire $1/5$, traitement spécifique.

Observation 274. — 19 ans. Traitée depuis le début de la grossesse. 3 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 6 mois et demi, enfant décédé 2 heures après, 2 accouchements prématurés à 8 mois, enfants chétifs en traitement spécifique.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois, fille de 2.440 gr., placenta : 370 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,5$, en traitement spécifique.

Observation 956. — 35 ans. Traitée pendant la grossesse. 4 grossesses antérieures : 3 accouchements à terme, 2 garçons très bien portants, 1 enfant décédé à 15 jours, 1 accouchement prématuré à 7 mois, décédé quelques heures après.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.570 gr., placenta : 400 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,5$, en traitement spécifique.

Observation 381. — 28 ans. 7 grossesses antérieures : 4 accouchements à terme, enfants très bien portants, 3 accouchements à terme, enfants décédés à 8, 15 jours et 2 ans et demi.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.100 gr., placenta : 600 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,7$. Courbe de poids anormale; en traitement spécifique.

Observation 480. — 27 ans. 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 mois, enfant décédé à un mois.

Grossesse actuelle, accouchement prématuré à 8 mois et demi, fille de 2.960 gr., placenta : 560 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,2$. Courbe de poids anormale; en traitement spécifique.

1932

Observation 164. — 29 ans. 4 grossesses antérieures : 3 accouchements à terme, enfants très bien portants, 1 avortement de 2 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 2.830 gr., placenta : 900, rapport fœto-flacentaire $1/3,1$, en traitement spécifique.

Observation 192. — 36 ans. 5 grossesses antérieures : 4 accouchements à terme, enfants très bien portants, 1 accouchement prématuré à 6 mois et demi, mort-né.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille 5.500 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,5$, traitement spécifique.

1933

Observation 590. — 24 ans, traitée depuis le 2^e mois de la grossesse. 1 grossesse antérieure : avortement de 2 mois et demi.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 5.500 gr., placenta : 770 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,5$, traitement spécifique.

Observation 939. — 24 ans, mise en traitement au 5^e mois. 3 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 1 enfant très bien portant, 1 enfant décédé à 17 jours, 1 avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.120 gr., placenta : 720 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,3$, en traitement spécifique.

Observation 544. — 22 ans. 1 grossesse antérieure : avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement prématuré à 8 mois, garçon de 1.860 gr., placenta : 400 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,6$, en traitement spécifique.

Observation 741. — 23 ans. 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 1 enfant très bien portant, 1 enfant mort-né.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, garçon de 3.360 gr., placenta : 720 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,6$. En traitement spécifique.

III. *Pas de signes de syphilis à la grossesse actuelle.*

1. *Mais signes de syphilis aux grossesses antérieures.*

1931

Observation 716. — 19 ans, traitée pendant la grossesse. 1 gros-

sesse antérieure, accouchement prématuré à 7 mois, fille décédée à 5 jours.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.300 gr., placenta : 560 gr., rapport fœto-placentaire $1/5,8$, en traitement spécifique.

Observation 773. — 27 ans, traitée depuis le début de la grossesse. 2 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme (1927) garçon très bien portant, 1 avortement de 2 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.500 gr., placenta : 600 gr., rapport $1/5,8$; en traitement spécifique.

Observation 887. — 19 ans. En traitement spécifique. Kératite interstitielle à 16 ans. La mère de la malade est en traitement spécifique, tabès; 1 grossesse antérieure, avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.400 gr., placenta : 700 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,8$. En traitement spécifique.

Observation 947. — 35 ans, 4 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, fille décédée à 6 mois (méningite), 2 avortements à 4 mois et demi et 3 mois et demi, 1 accouchement prématuré à 6 mois et demi, mort-né.

Grossesse actuelle, accouchement à terme, fille 3.600 gr., placenta : 730 gr., rapport fœto-placentaire $1/4,9$. En traitement spécifique.

1932

Observation 122. — 22 ans, traitée pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure : avortement de 3 mois (1930).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, 1 garçon de 4.000 gr., placenta 650 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,1$. En traitement spécifique.

Observation 466. — 28 ans, traitée pendant la grossesse, 3 grossesses antérieures : 2 accouchements prématurés à 8 mois, mort et macéré, et 6 mois, décédé quelques heures après, 1 accouchement à terme, décédé à 16 mois (convulsions).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, 1 garçon de 3.000 gr., placenta 540 gr., rapport fœto-placentaire $1/6,5$. En traitement spécifique.

Observation 605. — 29 ans, en traitement depuis 3 ans, 3 grossesses antérieures : 1 avortement de 3 mois, 1 accouchement prématuré à 7 mois, garçon décédé à 2 mois, 1 accouchement à terme, enfant très bien portant (traitement pendant grossesse).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 4.300 gr., rapport fœto-placentaire $1/6$. En traitement spécifique.

Observation 712. — 25 ans, traitée depuis le début de la grossesse, 3 grossesses antérieures : 1 accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant mort-né, 1 accouchement à terme, enfant en traitement spécifique, 1 avortement de 3 mois.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 4.120 gr., placenta 700 gr., rapport fœto-placentaire 1/6. En traitement spécifique.

1933

Observation 100. — 26 ans, traitée depuis 8 ans pour kératite interstitielle, 1 grossesse antérieure : 1 accouchement prématuré à 8 mois 1/2, enfant décédé 24 heures après.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.430 gr., placenta 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7. Traitement spécifique.

Observation 700. — 32 ans, en traitement depuis un an, 5 grossesses antérieures : 1 accouchement à terme, garçon chétif, 2 accouchements prématurés, 6 et 7 mois, mort-nés, 1 accouchement à terme, enfant décédé à 20 mois (broncho-pneumonie), 1 accouchement à terme, enfant très bien portant (traitée pendant la grossesse).

Grossesse actuelle : gemellaire bivitelline : accouchement à terme. Enfant en traitement spécifique.

Observation 605. — 30 ans, 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 7 mois, enfant décédé 1 heure après.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.800 gr., placenta 540 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1. En traitement spécifique.

2. *Sans signes cliniques de syphilis.*
aux grossesses antérieures

1931

Observation 346. — 24 ans, mise en traitement au 7^e mois de la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, 1 garçon de 3.600 gr., placenta 620 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,8.

Observation 10. — 27 ans, le B.-W. est devenu spontanément négatif à la fin de la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, enfant de 2.940 gr., placenta 570 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1. En traitement spécifique.

Observation 202. — Primipare de 23 ans, accouchement à terme,

filles de 3.450 gr., placenta 630 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,6. En traitement spécifique.

Observation 393. — primipare de 22 ans, accouchement à terme, garçon de 3.360 gr., placenta 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,6. En traitement spécifique.

Observation 763. — 24 ans, 1 grossesse antérieure (1924), accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesses actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.440 gr., placenta 630 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,4. En traitement spécifique

Observation 841. — 25 ans, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme, 1 fille très bien portante, 1 fille décédée à 18 mois (broncho-pneumonie).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.260 gr., placenta 545 gr., rapport fœto-placentaire 1/6.

1932

Observation 148. — Primipare de 21 ans, traitée pendant la grossesse, accouchement à terme, garçon de 3.250 gr., placenta 550 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,9. En traitement spécifique.

Observation 542. — 27 ans, en traitement spécifique, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.930 gr., placenta 460 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,4. En traitement spécifique.

Observation 581. — 37 ans, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme (1927, 1928), garçons très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 3.100 gr., placenta 600 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,1. En traitement spécifique.

Observation 647. — Primipare de 23 ans, accouchement à terme, enfant de 2.950 gr., placenta 660 gr., rapport fœto-placentaire 1/4,9.

Observation 890. — 27 ans, traitée les 7^e et 8^e mois de la grossesse, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme (1927-1929), garçons très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 4.430 gr., placenta 870 gr., rapport fœto-placentaire 1/5. En traitement spécifique.

1933

Observation 87. — 20 ans, en traitement spécifique pendant la grossesse, 1 grossesse antérieure : accouchement prématuré à 8 mois 1/2, fille très bien portante.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, garçon de 2.830 gr., placenta 530 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,3.

Observation 524. — Primipare de 24 ans, en traitement depuis 2 ans, accouchement à terme, garçon de 3.800 gr., placenta 760 gr., rapport fœto-placentaire 1/5. En traitement spécifique.

Observation 543. — 34 ans, en traitement depuis le 4^e mois, 1 grossesse antérieure : accouchement à terme, enfant très bien portant (en traitement spécifique).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.360 gr., placenta 590 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,7. En traitement spécifique.

Observation 16. — 39 ans, 4 accouchements à terme, 3 enfants très bien portants, 1 décédé à 2 mois (broncho-pneumonie).

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.230 gr., placenta 520 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,2.

Observation 76. — 23 ans, 2 grossesses antérieures : accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.375 gr., placenta 575 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,9.

Observation 600. — Primipare de 23 ans, accouchement à terme, fille de 3.340 gr., placenta 500 gr., rapport fœto-placentaire 1/6,6. Traitement spécifique.

Observation 655. — 32 ans, 6 grossesses antérieures : 6 accouchements à terme, enfants très bien portants.

Grossesse actuelle : accouchement à terme, fille de 3.470 gr., placenta 580 gr., rapport fœto-placentaire 1/6.

Observation 705. — 20 ans, accouchement à terme, fille de 3.160 gr., placenta 620 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,2. Traitement spécifique.

Observation 911. — 36 ans, 2 grossesses antérieures : 2 accouchements à termes, enfants très bien portants.

Grossesses actuelle : accouchement à terme, enfant de 3.610 gr., placenta 690 gr., rapport fœto-placentaire 1/5,2.

ETUDE DE LA VALEUR COMPAREE DU WASSERMANN ET DES SIGNES CLINIQUES OBSTETRICAUX

Nos recherches ont porté sur 2.961 observations, distribuées comme suit : 969 pour 1931, 1.031 pour 1932, et 961 pour 1933.

I. Sur ces 2.961 observations nous avons relevé 65 B.-W. positifs, et 183 B.-W. négatifs, les signes cliniques seuls, faisant, dans ces derniers cas, porter le diagnostic, ou simplement soupçonner la syphilis.

Sur ces 183 observations, 121 présentent des signes cliniques certains de syphilis. Les 62 autres ne laissent suspecter la spécificité que par une forte disproportion fœto-placentaire. Nous nous contenterons donc de classer parmi les syphilitiques les 50% de ces 62 observations, c'est-à-dire 31.

Nous poserons donc comme résultats de nos recherches :

65 cas de syphilis diagnostiquée par le B.-W. positif;

152 cas de syphilis diagnostiquée par les signes cliniques, le B.-W. étant négatif.

Ce qui nous permet de dire que sur 2.961 observations, nous avons posé 217 fois le diagnostic de syphilis, soit 7,32 cas de syphilis pour 100 observations.

Nous voyons immédiatement aussi que sur 217 cas de syphilis, 65 fois seulement le B.-W. a été trouvé positif, c'est-à-dire dans 30% des cas.

II. Etudions maintenant l'évolution et la terminaison de ces grossesses se poursuivant sous le signe du B.-W. positif. Présenteront-elles toujours un ou plusieurs symptômes révélateurs de leur spécificité?

Ces femmes avaient-elles déjà leurs grossesses antérieures entachées d'accidents d'origine spécifique?

Tels sont les problèmes que nous nous proposons tout d'abord de résoudre. Laissons maintenant parler les chiffres.

Sur les 65 femmes ayant un B.-W. positif, 28 seulement ont été traitées pendant leur dernière grossesse, les 37 autres, ou bien ne s'étaient pas présentées à la consultation au cours de leur grossesse, ou bien n'ont pas suivi le traitement qui leur avait été prescrit.

Si nous nous proposons de rechercher et de compter les malades à B.-W. positif, qui ont présenté au cours ou à la fin de leur dernière grossesse, quelque signe clinique de spécificité, nous ne devons nous occuper évidemment que de celles qui n'ont pas été traitées au cours de cette grossesse. Six fois sur ces 37 observations la syphilis se montre nettement par ses signes obstétricaux caractéristiques. Ce sont :

1931 : *Observation 79* : accouchement prématuré à 7 mois et demi : enfant décédé le 4^e jour.

Observation 380 : accouchement prématuré, enfant mort et macéré.

Observation 941 : accouchement à terme, enfant mort-né;

Observation 948 : accouchement prématuré à 8 mois; enfant décédé à 8 jours.

1933 : *Observation 832* : accouchement prématuré à 7 mois; enfant mort et macéré;

Observation 859 : avortement de 4 mois et demi.

La syphilis ne se révèle-t-elle ici que par des accidents graves? Non, évidemment, mais parmi les accidents bénins, lesquels peuvent être mis avec certitude sur le compte de la spécificité? Dans 17 cas, en effet, cette affection pourrait être la cause de certaines anomalies. Ce sont des accouchements prématurés¹ à 8 mois, 8 mois et demi, 8 mois et 8 mois et demi; des disproportions fœto-placentaires², des courbes

1. 1931 : obs. 608. 1933 : obs. 4, obs. 431, obs. 544.

2. 1931 : obs. 804. 1932 : obs. 441. 1933 : obs. 164, obs. 192. obs. 217. obs. 575, obs. 741.

de poids anormales¹, des accouchements à terme d'enfants de poids nettement inférieurs à la moyenne²; un mort-né, prématuré (avec albumine et éclampsie)³.

Nous ne pouvons admettre que ces différents accidents soient tous dus à la syphilis. Une femme syphilitique peut évidemment accoucher prématurément, avoir un enfant petit, etc..., sans que sa spécificité en soit forcément la cause. Si, sur ces 17 cas, nous voyons 7 ou 8 fois, les effets de la syphilis, peut-être approcherons-nous de la vérité. Et nous voyons immédiatement ainsi, que, sur 37 femmes ayant un B.-W. positif, si le traitement spécifique n'intervient pas au cours de la grossesse, la syphilis se dénoncera dans les signes cliniques, dans 13 ou 14 cas, c'est-à-dire dans 35 à 37 pour 100 des cas, soit un peu plus de une fois sur trois.

Et par conséquent, dans 63 à 65 pour 100 des cas, il n'y a pas de trace de syphilis dans les signes cliniques, malgré la positivité de B.-W., et l'absence de traitement.

III. Le B.-W. positif s'accompagne-t-il souvent de signes cliniques de syphilis, aux grossesses antérieures ?

12 fois⁴ seulement, sur les 65 cas étudiés, nous avons rencontré dans les antécédents obstétricaux des malades, des symptômes certains de spécificité. Sans pouvoir porter avec certitude le diagnostic de syphilis, dans 14 autres cas⁵ cette affection pouvait encore être soupçonnée.

IV. Ces quelques résultats vont nous permettre de mieux juger de la valeur de la réaction de Wassermann au cours de la puerpéralité.

Ce que nous demandons surtout, en effet, au B.-W., c'est de nous permettre de porter avec certitude le diagnostic de

1. 1931 : obs. 381, obs. 480, obs. 143.

2. 1932 : obs. 164. 1933 : obs. 217, obs. 583.

3. 1933 : obs. 460.

4. Ce sont les observations suivantes : 1931 : obs. 381, obs. 941, obs. 947, obs. 956, obs. 214. 1932 : obs. 466, obs. 605, obs. 712. 1933 : obs. 442, obs. 939, obs. 832, obs. 700.

5. Ce sont les observations suivantes : 1931 : obs. 164, obs. 480, obs. 887, obs. 948, obs. 716, obs. 773. 1932 : obs. 164, obs. 192, obs. 122. 1933 : obs. 544, obs. 590, obs. 747, obs. 100, obs. 605.

syphilis, et cela au moment où le traitement institué pourrait encore influencer sur l'évolution et la terminaison de la grossesse en cours.

Mettons donc ici, en parallèle, le B.-W., et les renseignements tirés des antécédents obstétricaux de la consultante.

Sur 217 cas de syphilis, combien auraient pu être diagnostiqués, au cours de la grossesse, en ne tenant compte que du passé obstétrical des malades ?

Sur les 152 observations de B.-W. négatif, le diagnostic de syphilis pouvait être porté 83 fois¹.

Nous avons vu que 12 fois seulement, sur les 65 cas de B.-W. positif, les signes cliniques des grossesses antérieures, permettaient de porter le diagnostic. Donc, dans 95 cas sur 217, nous avons trouvé un passé obstétrical nettement sous l'influence de la syphilis.

Si nous faisons intervenir le B.-W¹, nous voyons que ce n'est plus 95 mais 148 fois, que le diagnostic de spécificité peut être porté au cours de ces grossesses, soit 53 fois de plus.

Et nous en déduisons immédiatement, que, sur 148 diagnostics de syphilis, portés au cours de grossesses, 53 fois, c'est-à-dire dans 35,5 % des cas, soit un peu plus de 1 fois sur 3, ce diagnostic n'est posé que par la connaissance du B.-W.

V. D'autre part, nous venons de voir que, sur 95 observations comportant un passé obstétrical entaché de signes de syphilis, le B.-W. n'était positif que 12 fois, soit 12,6 fois pour 100.

En d'autres termes, si nous recherchons le B.-W. de 8 femmes enceintes, dont les antécédents obstétricaux nous

1. 1931 : obs. 123, obs. 464, obs. 549, obs. 589, obs. 607, obs. 671, obs. 771, obs. 697, obs. 439, obs. 27, obs. 187, obs. 289, obs. 352, obs. 532, obs. 747, obs. 770, obs. 950, obs. 203, obs. 236, obs. 316, obs. 575, obs. 588, obs. 673, obs. 778, obs. 829, obs. 942. 1932 : obs. 203, obs. 868, obs. 264, obs. 460, obs. 681, obs. 805, obs. 1018, obs. 100, obs. 171, obs. 213, obs. 243, obs. 350, obs. 48, obs. 83 obs. 240, obs. 644, obs. 790, obs. 833, obs. 856, obs. 25, obs. 57, obs. 202, obs. 311, obs. 517, obs. 550, obs. 575, obs. 825. 1933 : obs. 27, obs. 123, obs. 319, obs. 371, obs. 547, obs. 504, obs. 768, obs. 789, obs. 848, obs. 919 obs. 445, obs. 718, obs. 935, obs. 257, obs. 769, obs. 947, obs. 494, obs. 259, obs. 263, obs. 381, obs. 754, obs. 770, obs. 102, obs. 232, obs. 346, obs. 492, obs. 660, obs. 661, obs. 857.

font porter le diagnostic de syphilis, une fois seulement ce diagnostic est confirmé par le B.-W.

VI. Sur ces 148 femmes, pour lesquelles le diagnostic de syphilis pouvait être posé dès le début de leur grossesse, 83, avons-nous dit, avaient un B.-W. négatif, et 65, un B.-W. positif. Si, à ce moment, nous ne voyons pas intervenir de traitement spécifique, nous pouvons nous demander quelle sera l'évolution de ces grossesses, et quel sera, du B.-W. positif, ou du B.-W. négatif avec signes cliniques de spécificité dans les antécédents obstétricaux, celui qui comportera le pronostic le plus grave, pour la gestation en cours.

Voyons, tout d'abord, combien de femmes, dont le B.-W. est positif, n'ont pas suivi de traitement pendant leur grossesse.

Il y en a 37. Et sur ces 37, 6 fois seulement, nous avons vu la syphilis se manifester par des signes graves; 6 fois sur 37, soit dans 16 pour 100 des cas.

Et sur les 83 femmes ayant un B.-W. négatif, combien n'ont pas été traitées? 50¹, parmi lesquelles, 18¹ ont présenté des signes graves de spécificité, au cours ou à la fin de leur dernière grossesse; 18 sur 50, c'est-à-dire 36 pour 100.

Et nous en concluons qu'un B.-W. positif au cours d'une grossesse, est d'un pronostic deux fois moins sombre, qu'un B.-W. négatif accompagné d'un passé obstétrical comportant des signes cliniques de spécificité.

VII. Cherchons maintenant à établir, dans quelle proportion le traitement spécifique institué pendant la grossesse diminuera la gravité du pronostic.

I. Observations de ces femmes n'ayant pas suivi de traitement au cours de leur grossesse :

a) Présence de signes graves de syphilis :

1931 : obs. 542, obs. 589, obs. 607, obs. 672, obs. 771. 1932 : obs. 264, obs. 460, obs. 681, obs. 805. 1933 : obs. 123, obs. 319, obs. 371, obs. 547, obs. 564, obs. 768, obs. 789, obs. 848, obs. 919.

b) Sans signes graves de syphilis :

1931 : obs. 439, obs. 203, obs. 236, obs. 316, obs. 575, obs. 588, obs. 673, obs. 778, obs. 829, obs. 942. 1932 : obs. 313, obs. 243, obs. 350, obs. 25, obs. 57, obs. 202, obs. 311, obs. 517, obs. 550, obs. 575, obs. 825, obs. 171. 1933 : obs. 257, obs. 769, obs. 947, obs. 102, obs. 232, obs. 346, obs. 492, obs. 660, obs. 661, obs. 857.

Ce traitement aura-t-il le même effet, dans les cas de B.-W. positif, que dans les cas de B.-W. négatif avec antécédents cliniques obstétricaux de spécificité? C'est ce que nous allons essayer de voir.

Nous savons que 28 femmes, ayant un B.-W. positif, ont suivi un traitement. Quels en ont été les effets?

Un seul accident grave, un avortement de 4 mois et demi¹, est à noter sur ces 28 observations; 1 sur 28, soit 3,5 pour cent.

Ce résultat diffère-t-il beaucoup de celui obtenu chez les 37 femmes enceintes non soumises au traitement spécifique?

Ici, nous notons six accidents graves (3 enfants mort-nés, dont 2 macérés², 2 enfants prématurés décédés dans les premiers jours³, et un avortement de 4 mois et demi⁴; 6 sur 37 soit 16,2 pour 100.

Le traitement a donc eu pour effet de réduire de 4,6 fois, le nombre des accidents graves d'origine syphilitique.

Obtiendrons-nous, le même succès chez les femmes qui, bien qu'ayant un B.-W. négatif, se présentent à la consultation avec un passé obstétrical dénonçant la syphilis en évolution?

Nous avons vu que sur ces 83 malades, 33 fois⁵, le traitement spécifique avait été institué. Nous avons relevé 6 symptômes graves de syphilis, sur ces 33 observations (2 enfants macérés⁶, 3 enfants décédés dans les premiers jours, dont 2 nés à terme⁷ et un prématuré⁸, et un avortement de 5 mois et demi⁹); 6 sur 33, soit 18 pour 100.

1. 1932 : obs. 195.

2. 1931 : obs. 380, obs. 911, 1933 : obs. 832.

3. 1931 : obs. 79, obs. 918.

4. 1933 : obs. 859.

5. Ce sont les observations suivantes : 1931 : obs. 123, obs. 467, obs. 549, obs. 697, obs. 27, obs. 187, obs. 289, obs. 352, obs. 747, obs. 770, obs. 950, obs. 532. 1932 : obs. 203, obs. 868, obs. 1018, obs. 100, obs. 48, obs. 83, obs. 240, obs. 644, obs. 790, obs. 833, obs. 856. 1933 : obs. 27, obs. 445, obs. 718, obs. 935, obs. 494, obs. 259, obs. 263, obs. 381, obs. 754, obs. 770.

6. 1931 : obs. 467. 1932 : obs. 868.

7. 1931 : obs. 123, 1932 : obs. 203.

8. 1931 : obs. 549.

9. 1933 : obs. 27.

Sur les 50 autres, non traitées, nous notons 18 accidents graves, soit 36 %.

Le traitement spécifique a donc ici, réduit de 2 fois seulement, le nombre des symptômes graves d'origine syphilitique.

Et nous pouvons conclure que le traitement est 2,3 fois plus efficace, quand il est appliqué à des femmes enceintes ayant un B.-W. positif, que quand il est suivi par des femmes enceintes dont les antécédents obstétricaux sont déjà sous l'influence de la syphilis, le B.-W. étant négatif.

RESUME

I. Observations étudiées : 2.961 (pour 1931-1932-1933).

Le diagnostic de syphilis a été porté 217 fois, soit, 7,32 fois pour 100 observations.

Sur ces 217 :

B.-W. négatif, avec signes cliniques obstétricaux de spécificité : 152.

B.-W. positif : 65. Soit, B.-W. positif dans 30 pour 100 des cas de syphilis chez la femme enceinte.

II. Sur 65 B.-W. positifs, 37 traitées pendant la grossesse, 28 non traitées.

Pour les non traitées :

Existence de signes cliniques de syphilis à la dernière grossesse, 36 pour 100.

Absence de tout signe de syphilis à cette grossesse, 64 pour 100.

III. Sur les 65 femmes ayant un B.-W. positif :

12 fois, signes cliniques certains de syphilis aux grossesses antérieures soit dans 18 pour 100 des cas.

14 autrefois, signes cliniques probables de syphilis aux grossesses antérieures, soit dans 21 pour 100 des cas.

IV. Sur les 217 observations de syphilis, 148 fois la spécificité aurait pu être diagnostiquée, au cours de la dernière grossesse ; soit 68 fois pour 100.

95 fois, par les signes cliniques des grossesses antérieures, 95 pour 148, soit 65 pour 100.

53 fois, par le B.-W., et par lui seulement, 53 pour 148 soit 35 pour 100.

V. Sur 95 femmes présentant aux grossesses antérieures

des signes cliniques de syphilis, 12 ont un B.-W. positif, 12 sur 95, soit 12,6 pour 100.

VI. Sur les 65 femmes ayant un B.-W. positif, 37 n'ont pas suivi de traitement au cours de leur dernière grossesse. 6 sur 37 ont eu un accident grave de syphilis à cette grossesse. 6 sur 37, soit 16 pour 100.

Sur les 83 femmes ayant un B.-W. négatif, mais présentant des signes cliniques de syphilis aux grossesses antérieures, 50 n'ont pas suivi de traitement au cours de leur dernière grossesse. 18 ont eu un accident grave, dû à la syphilis, au cours de cette grossesse.

18 sur 50, soit 36 pour 100, c'est-à-dire plus de 2 fois plus que pour les femmes ayant un B.-W. positif.

VII. Sur 28 cas, B.-W. positif, traitées, 1 accident grave; 1 sur 28, soit 3,5 pour 100.

Sur 37 cas, B.-W. positif, non traitées, 6 accidents graves; 6 sur 37, soit 16 pour 100. Donc, 4,6 fois moins d'accidents graves après traitement, que sans traitement.

Sur 33 cas, B.-W. négatif, traitées, 6 accidents graves; 6 sur 33 soit 18 pour 100.

Sur 50 cas, B.-W. négatif, non traitées, 18 accidents graves; 18 sur 50, soit 36 pour 100.

Donc, ici, 2 fois moins d'accidents graves après traitement, que sans traitement.

CONCLUSIONS

I. Le Wassermann, chez la femme enceinte, n'est positif que dans 30 % des cas de syphilis.

II. Une femme enceinte ayant un BW positif dans le sang, et non soumise au traitement spécifique, verra sa grossesse se compliquer d'accidents d'origine syphilitique dans 36 % des cas.

III. En présence de femmes enceintes, dont le passé obstétrical fait porter le diagnostic de syphilis, ce diagnostic n'est confirmé par le BW qu'une fois sur huit.

Le BW positif chez une femme enceinte révélerait donc en général une syphilis de date récente.

IV. L'existence d'un Wassermann positif est, dans un tiers des cas, le seul fait permettant, au cours de grossesses, de porter le diagnostic de syphilis, et donc d'en instituer le traitement.

La réaction de Wassermann faite à toutes les femmes enceintes et le seul moyen de dépister ces cas de spécificité.

V. Un Wassermann positif chez une femme enceinte n'implique pas un très mauvais pronostic, quant à l'évolution et à la terminaison de la grossesse (16 % d'accidents graves, sans traitement) ; un passé obstétrical entaché de signes de spécificité est d'un pronostic bien plus grave, malgré un BW toujours négatif (36 % d'accidents graves, sans traitement).

VI. Le traitement spécifique est beaucoup plus efficace quand il est appliqué à des femmes enceintes ayant un BW positif que quand il est suivi par des femmes enceintes dont les antécédents obstétricaux sont déjà sous l'influence de la syphilis, le BW étant négatif.

Un Wassermann positif chez une femme enceinte révélerait donc une syphilis à une des périodes les plus accessibles au traitement.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. ANDÉRODIAS

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

- Andronesco et Saratzeno.** — « Valeur de la réaction de Wassermann dans l'hérédo-syphilis », *Presse médicale*, 3 avril 1912.
- Bar et Daunay.** — « Recherches sur le sérodiagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et le nouveau-né », *Obstétrique*, janvier, mars et avril 1909.
- Bahuet.** — *Contribution à l'étude du diagnostic de l'hérédo-syphilis. Ses signes mineurs*, thèse Bordeaux, 1934.
- Boas et Gammeltoft.** — « Das verhalten des Wassermannshen-reaktion bei des Geburt », *Archiv. für Gynäk*, mai 1926 pp. 527, 537.
- Bory.** — « Syphilis conceptionnelle et réaction de Bordet-Wassermann », (communication, Société de Médecine de Paris, 25 avril 1925.
- Brindeau.** — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 mars 1923, « La pratique de l'art des accouchements », 1927, t. II.
- Browin et Pearce.** — « On the reaction of pregnant and lactating Gemales to inoculation with treponema pallidum », *American Journ. Syph.*, 1920, t. IV, p. 593.
- Chappaz.** — *Etude de sérologie comparative entre le sang du cordon et le sang rétro-placentaire.*
- Cord (Mac).** — « The reliability of the Wassermann reaction in pregnancy », *American Journ. of Obst.*, février 1927.
- Counil.** — *Dépistage de la syphilis à la clinique obstétricale de Lyon de janvier 1919 à janvier 1929*, thèse de Lyon 1930.
- Couvelaire.** — *Organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire — procès-verbaux de conférence de défense sociale contre la syphilis*, Nancy 29, 30 et 31 mai 1928, imprimerie Berger-Levrault, p. 173.
- Couvelaire et Meyer.** — « Syphilis fœtale et négativité des réactions sérologiques chez la mère apparemment saine, *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, juillet 1931.
- Daunay.** — « Remarques sur les résultats obtenus avec la réaction de Wassermann chez la femme enceinte en état de syphilis floride, *Archiv. mens. d'Obs. et de Gyn.*, 1912, n° 4.
- Delmas.** — « Wassermann conjugal et grossesse, *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1920, p. 296.

- Devraigne.** — « Syphilis et albuminuries gravidiques, *Bull. médical*, n° 55, déc. 1928, p. 1419.
- Dufol et Laurent.** — « Prophylaxie de la syphilis héréditaire », *Presse médicale*, 21 déc. 1927.
- Faugère.** — « Eclampsie et syphilis », *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, déc. 1925.
- Fieux et Mauriac.** — « Sur une particularité du sérum de la femme enceinte, cause d'erreur dans le sérodiagnostic de la syphilis, par les méthodes simplifiées. », *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1912, XLII, p. 184.
- Flandin.** — « De la valeur des réactions sérologiques dans la syphilis », *Presse médicale*, n° 98, 1928.
- Fournier (E.).** — « In Pautrier. Syphilis et grossesse. », *Le Monde médical*, mars 1924.
- Fruhinsholz.** — « De l'origine syphilitique probable de certains placenta dits « albuminuriques », *Gyn. et Obst.*, 1928, t. I, p. 329.
- Fruhinsholz et Abramovitz.** — « Les stigmates obstétricaux chez les hérédo-syphilitiques », *Gyn. et Obst.*, 1927, t. II.
- Gaufoux et Foulquier.** — « Observations sur la réaction de Wassermann en obstétrique », *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, nov. 1922, p. 259.
- Gougerot.** — « Paradoxes et imperfections de la réaction de Bordet-Wassermann », *Journ. des Praticiens*, 29 nov. 1924.
- Keidel.** — « In Williams. The value of the Wassermann reaction in obstetrics », *Johns Hopkins Hosp.*, oct. 1925.
- Klaften.** — « Syphilis et gestation », *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 8 mai 1923.
- Laffont et Mêle.** — « Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann chez la femme enceinte », *Gyn. et Obst.*, 1928, n° 4.
- Lasseur et Vermelin.** — « Le sérodiagnostic de la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée », *Gyn. et Obsp.*, 1923, t. VII, n° 2, p. 130.
- Lemierre.** — « Les néphrites chroniques au cours de la gestation », (Conférence faite à la clinique Baudelocque, 1924).
- Le Lorier et Galliot.** — *Dépistage obstétrical de la crypto-syphilis*, Paris, 5, 6, 7 octobre 1925, p. 187.
- Levy Solal.** — « Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire », *Gyn. et Obst.*, 1923, t. IV.
- Meuten.** — « A positive Wassermannreaction which changes to a negative at the termination of prignancy », *The american Jour. of obst.*, oct. 1918, p. 524.
- Moore.** — « Studies on the influence of pregnancy in syphilis », *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mars 1923, p. 89.
- Nobécourt et Bonnet.** — « Réaction de B.-W. et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation », *Presse médicale*, n° 76, 20 oct. 1920.

- « Réaction de Wassermann chez les accouchées et chez les enfants », *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 27 mars 1923.
- Pautrier.** — « Syphilis et grossesse. », *le Monde Médical*, 15 mars 1924.
- Pinard.** — « Les syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître; nécessité des enquêtes familiales », *Bull. Soc. Méd. des hôpitaux de Paris*, 31 déc. 1921.
- « La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation », *Clinique et laboratoire*, 20 mai 1928.
- « Dépistage de la syphilis au début de la gestation. », *Paris médical*, 1923.
- Poeck.** — « Wassermannsche reaktion und gestationsperiode », *Zentralbl. fr. gyn.*, n° 40, 1927.
- Poirier.** — « Wassermann et grossesse », *Bruxelles Médical*, 1^{er} fév. 1925.
- Polanco.** — *L'albuminurie d'origine syphilitique chez la femme enceinte*, th. Paris 1928.
- Raoult.** — *Etude statistique de la mortalité à la clinique obstétricale de Bordeaux*, th. Bordeaux 1933.
- Rekis** (Sabine). — *Valeur de la réaction sérologique de la syphilis au cours de la gestation et de la puerpéralité*, th. Paris 1930.
- Rivière** (Marc). — « Note préliminaire sur certaines formes d'intoxication gravidique avec une syphilis acquise ou héréditaire », *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn.* 1926, p. 47.
- « Quelques observations nouvelles de syphilis coexistant avec une albuminurie dite gravidique. », *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris*, 1927, p. 119.
- Schwaab.** — *De la syphilis du placenta*, th. Paris 1896.
- Trillat et Rousset.** — « La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical », *Gyn. et Obst.*, 1928.
- Vignes.** — « La réaction de Wassermann en pratique obstétricale », *Les sciences médicales*, n° 17, janv. 1914.
- Williams** (Whitridge). — « The value of the Wassermannreaction in obstetrics, based upon the study of 4.547 consecutive cases », *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, oct. 1920, p. 335.
-

Bordeaux. — Imp. J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. 1934
